

1925-1926 — N° 63

DES
OUVERTURES SPONTANÉES DES PYOSALPINX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Charles-Henri-Albert GARDES

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Prades (Pyrénées-Orientales), le 15 mars 1901

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		PICQUÉ, professeur	<i>Juges</i>
		PRINCETEAU, professeur	
		VILLEMIN, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 63

DES
OUVERTURES SPONTANÉES DES PYOSALPINX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Charles-Henri-Albert GARDES

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Prades (Pyrénées-Orientales), le 15 mars 1901

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président
		PICQUÉ, professeur	Juges.
		PRINCETEAU, professeur	
		VILLEMIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des maladies exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHL.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	JEANNENEY.
id.	N.	id.	N.
Physique biologique et médicale	N.	id.	N.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
id.	CREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIA.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PERY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. N...
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE — A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ, DES HÔPITAUX ET DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.
Commandeur de la Légion d'honneur.
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.
Officier de la Légion d'honneur.
Officier d'Académie.*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la Présidence de cette thèse, et pour tout le fruit que nous avons tiré de son enseignement magistral et hospitalier.

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études, qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos affectueux hommages à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Bordeaux, qui avec une bienveillance de tous les instants, ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale.

Nous avons le plaisir de témoigner notre respectueuse gratitude à M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous inspirer ce travail, nous communiquer ses observations et nous diriger de ses conseils.

Nous tenons aussi à exprimer nos meilleurs remerciements à M. le Docteur Princefeau, chef de clinique de M. le Professeur Guyot, pour les renseignements précieux qu'il a bien voulu nous fournir.

DES OUVERTURES SPONTANÉES DES PYOSALPINX

CHAPITRE PREMIER

DE L'OUVERTURE SPONTANÉE DU PYOSALPINX EN GÉNÉRAL

Depuis le magistral travail du Professeur Delbet (*Les supurations pelviennes chez la Femme*), on a beaucoup écrit sur l'ouverture des pyosalpinx. Mais chaque auteur s'est attaché à dépeindre une complication particulière de cet accident : ouverture dans la grande cavité péritonéale, évacuation dans la vessie, etc. Il nous a semblé intéressant de considérer, d'un point de vue général et synthétique, ce drame clinique, qui menace toute femme atteinte de pyosalpingite.

L'ouverture des collections salpingiennes n'est cependant pas très fréquente. Göth, sur 700 cas de tumeurs inflammatoires des annexes, relevés par lui, a noté 5 fois seulement la perforation spontanée. Gonsolin et Bonney en ont réuni une trentaine de cas.

Cette ouverture se fait surtout dans le rectum, étant donnée la situation habituelle des collections salpingées, derrière l'utérus. P. Delbet, Reverdin et Terrillon sont unanimes à

considérer cette évacuation comme la plus fréquente. Assez souvent aussi, l'irruption purulente a lieu dans le péritoine et les conséquences en sont d'une gravité exceptionnelle. Quelquefois, le pus se fait jour dans la vessie : c'est le cas des pyosalpinx antérieurs.

Enfin, très rarement, on a constaté l'ouverture dans l'S iliaque; dans le vagin; dans le tissu cellulaire prévésical, où il crée une variété de phlegmon de l'espace de Retzius; à la paroi abdominale dans la région iliaque, ou dans le voisinage de l'ombilic. Wylie, dans l'*American Journal of Obstetric*, parle de l'ouverture de la collection dans l'uretère.

D'après la statistique de Delbet, on trouve, sur 958 cas :

12,22 %	de perforations rectales.
5,22 %	— vésicales.
4,59 %	— vaginales.
3,22 %	— cutanées.

Quel que soit l'endroit où va se répandre la collection, l'ouverture se fait de deux façons bien différenciées : irruption brutale par éclatement des parois de la poche, après nécrose préalable et distension progressive; ou, au contraire, irruption sournoise de gouttelettes purulentes, avec des alternatives d'arrêt et de reprise pouvant durer quelquefois très longtemps.

Ce dernier mode d'ouverture semble être le plus fréquent : il se fait un processus insidieux de gangrène qui ronge la paroi de la poche jusqu'à production de la perforation. Et pendant ce stade, la malade éprouve des malaises, des douleurs dans le bas-ventre, dues à la périsalpingite. L'examen montre un cul-de-sac douloureux, où l'on sent la masse salpingienne chaude et tendue. L'opération pratiquée à cette période, laisse voir une pelvi-péritonite commençante : de la poche tubaire, le pus s'écoule, sous forme d'une sérosité purulente, à travers les éraillures de la paroi, dont Tait a si bien deviné le rôle.

L'ouverture brutale est d'une fréquence moindre. Les

observations recueillies par nous, dans la littérature médicale, nous ont montré qu'elle était toujours sous la dépendance d'une cause mécanique : le plus souvent, c'est à l'occasion d'un effort, soit que la malade vaque à ses occupations domestiques, soit qu'elle monte un escalier; ailleurs c'est un coït qui est mis en cause; on a vu encore la poche se rompre à la suite de l'absorption d'un purgatif; à la suite du premier lever, au sortir de couches; des cas ont été relevés où le chirurgien lui-même a provoqué l'ouverture en palpant la tumeur salpingienne.

Mais dans tous ces divers cas, l'ouverture ne s'en serait pas moins produite; elle demeurerait inévitable, car le processus de nécrose avait préparé le terrain pour l'accident, lorsqu'est intervenu l'effort.

Nous laisserons de côté, ici, l'étude de ces ouvertures sous la dépendance de l'effort, voulant limiter notre travail au cadre des ouvertures spontanées.

Les ouvertures spontanées de collections salpingiennes s'observent à toutes les périodes de la salpingo-ovarite; mais cependant, dans la plus grande partie de nos observations, un laps de temps souvent considérable s'écoule entre le début de l'infection génitale (blennorragie; accouchement septique ou fausse couche; tuberculose des annexes) et l'ouverture de la poche; laps de temps pendant lequel la malade a pu se croire guérie. Mais le plus souvent le calme n'est pas absolu : des crises répétées, surtout au moment de la menstruation, viennent rappeler à la malade, et parfois cruellement, le mal dont elle est atteinte.

D'autre part, nous avons recueilli des observations probantes où le pyosalpinx s'est spontanément ouvert, au cours de la première atteinte d'annexite.

Quelles sont les causes prédisposantes de cette ouverture spontanée ? A chaque poussée nouvelle de pelvi-péritonite, la séreuse fait de nombreuses et solides adhérences; or, dans le phénomène de l'ouverture spontanée, à côté du processus nécrotique, il faut faire jouer un rôle important aux tiraille-

ments qu'exercent sur la trompe dilatée les adhérences péritonéales.

Le rôle de la situation du pyosalpinx apparaît surtout dans la rupture traumatique; mentionnons particulièrement les pyosalpinx qui se placent sous la paroi abdominale, exposés à tous les chocs, et ceux qui, situés en position haute, restent une menace constante pour la grande cavité péritonéale. De cette situation du pyosalpinx, va dépendre la marche ultérieure du pus.

Nous allons aborder maintenant l'étude de ces trajets divers du pus, en évitant toutefois de les décrire en détail, nous attachant plutôt à souligner les points intéressants de nos observations.

CHAPITRE II

DE L'OUVERTURE SPONTANEE DU PYOSALPINX DANS LE RECTUM

Nous voici en présence d'une collection salpingienne insinuée dans le Douglas, venue au contact de la paroi antérieure du rectum et unie à elle par de nombreuses adhérences.

C'est le moment où la communication entre les deux organes va pouvoir s'établir soit brusquement, par éclatement des parois de l'abcès; soit au contraire, le plus souvent, insidieusement.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le nombre des signes locaux est assez restreint. Parfois il y a inflammation par contiguïté de la muqueuse rectale, et apparition de diarrhée et de ténesme; mais cette rectite glaireuse peut faire entièrement défaut et la perforation rectale n'être daignostiquée que par l'apparition de selles purulentes.

Les selles purulentes se présentent sous un triple aspect :

- 1° Toutes les selles contiennent du pus;
- 2° Ecoulement intermittent (tous les deux ou trois jours);
- 3° Ecoulement se produisant à longue échéance.

Dans le premier cas, nous aurons affaire à une ouverture bien placée; l'évacuation se fera vite et bien.

Dans le second cas, l'ouverture se trouvera déjà située un peu plus haut; le pronostic sera moins favorable.

Dans le troisième cas, des cicatrisations temporaires de la fistule entrent en jeu et vont arrêter l'écoulement purulent. L'ouverture sera, également ici, haut située.

L'évolution de cet abcès tubaire fistulisé dépend de plusieurs conditions, telles que : l'étendue de l'abcès, l'épaisseur des parois, le siège de l'ouverture rectale par rapport à la poche purulente : c'est ainsi qu'un *petit abcès, à parois minces, et s'ouvrant dans la partie déclive*, se videra bien et la guérison en est presque assurée; — tandis qu'au contraire, un *gros abcès, à parois épaisses, s'ouvrant à la partie supérieure*, va très mal se vider : par regorgement uniquement.

Au moment de la perforation, il va se produire le plus souvent une détente notable des phénomènes généraux; mais l'amélioration est de courte durée; on assiste à des alternatives de réplétion et d'évacuation; les premières coïncidant souvent avec les périodes menstruelles. En somme : pendant que la poche se remplit, recrudescence des phénomènes douloureux; pendant qu'elle se vide, détente notable.

Petit à petit, la malade voit son état empirer; au point de vue fonctionnel, c'est une impotente : tout travail, si minime soit-il, amène une recrudescence des phénomènes généraux. A la fièvre, s'ajoute une anorexie précoce, dont le résultat sera un amaigrissement et un affaiblissement souvent considérables.

Quelquefois, le tableau est plus dramatique encore; on se trouve en présence d'une intoxication générale de l'organisme. Comme le disent, si justement MM. André Chalier et Vergnory :

« Il se produit entre l'intestin et la trompe un échange de mauvais procédés; les microbes intestinaux, surtout le colibacille, vont réchauffer le pus salpingien; et ce dernier, en retour, va altérer la paroi rectale. Il va en résulter des suppurations qui s'éternisent; les forces de la malade vont diminuant rapidement et celle-ci ne tarde pas à mourir en état d'hecticité. »

Diagnostic. — 1° *Diagnostic avant l'ouverture.* C'est le diagnostic « de la menace d'ouverture » qui est de beaucoup le plus important. Il est caractérisé par du ténesme; par de fausses envies fréquentes d'aller à selle avec évacuation, par la malade, de quelques glaires plus ou moins sanguinolentes.

A cette période, le toucher vaginal pratiqué montrera, naturellement, le pyosalpinx faisant saillie dans le Douglas; — le toucher rectal fait avec **une extrême prudence**, révélera une saillie considérable de la paroi antérieure du rectum; cette paroi, au début, apparaîtra infiltrée, comme cartonnée; plus tard, ce sera une sensation de rénitence, et presque de fluctuation.

On comprend aisément toute l'importance de ce diagnostic précoce, qui permettra au chirurgien d'éviter la rupture en pratiquant, de toute urgence, *la colpotomie*.

2° *Diagnostic après l'ouverture.* — A cette période, le diagnostic s'impose le plus souvent : au cours de douleurs devenues plus intenses, la malade évacue par l'anus un ou deux verres de pus bien lié, mélangé à un peu de sang, ce qui permet d'éliminer les pertes vaginales et les pertes de la rectite qui sont plus claires, et surtout moins abondantes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La trompe est plus ou moins dilatée; très souvent le pavillon est uni à l'ovaire par de nombreuses adhérences. La poche purulente est maintenue fixe, ordinairement, dans le Douglas; les dimensions de cette poche, peuvent varier depuis la trompe à peine renflée jusqu'à la grosseur d'une tête fœtale. Au point de vue histologique, les parois en sont constituées soit par l'ancienne paroi tubaire hypertrophiée dans sa musculature, soit par un tissu fibreux, sans grand caractère propre. La surface interne en est irrégulière et tomenteuse, et présente de nombreuses et volumineuses végétations : entre ces dernières, on voit des anfractuosités tapissées par une couche de cellules cylindriques.

Les couches profondes de la muqueuse sont riches en cel-

lules fusiformes. Plus près de la surface existe une abondante zone d'infiltration cellulaire.

L'orifice fistuleux présente de grandes variations dans son siège, sa forme, ses dimensions et sa direction. Nous avons vu plus haut le rapport qui existait entre la situation de la fistule et le pronostic de l'affection. Sa forme est tantôt celle d'une simple fente; tantôt on a affaire à une petite perforation circulaire. Rares sont les cas où il s'agit d'une perte de substance notable.

Le pus est crémeux, jaunâtre et fétide; on a pu trouver, intimement mélangées à ce pus, de petites parcelles de matières fécales.

L'examen bactériologique a permis de révéler la présence du colibacille (venu secondairement, comme nous l'avons montré plus haut, infecter la poche en pénétrant à travers les adhérences formées avec l'intestin) et surtout le streptocoque, le gonocoque, le staphylocoque.

Pronostic. — Il doit être réservé dans tous les cas. Les petites collections, à orifice inférieur peuvent spontanément guérir : cas cité par Richelot : la malade, redoutant une intervention chirurgicale, laisse l'affection suivre son cours; et la poche finit à la longue par ne plus se remplir. La malade, guérie, peut reprendre ses occupations. Mais des faits de ce genre sont rares et sont loin d'abonder dans la littérature médicale. L'ouverture de la collection tubaire dans le rectum, contrairement à l'opinion de certains auteurs, reste un accident grave et demande toujours une intervention chirurgicale rapide.

En somme, l'incertitude de la guérison spontanée et l'atteinte rapide et profonde de l'état général nous commandent d'agir.

Trailement. — Autrefois, les auteurs n'étaient pas d'accord sur la date de l'intervention. Delbet, à ce sujet, écrivait :

« Lorsque la salpingite est en communication avec le rectum, il est bien hasardeux d'en tenter l'extirpation; c'est

ouvrir sûrement l'intestin en un point enflammé, friable, altéré profondément, où la suture risque d'échouer.

» Ainsi, lorsqu'une salpingite est en communication avec le rectum, je crois qu'il ne faut pas chercher à l'extirper. Elle rentre dans la classe des tumeurs non extirpables. »

(Traité des Suppurations pelviennes.)

Les réserves de Delbet ne sont plus de mise aujourd'hui : l'ouverture d'une salpingite dans le rectum est une indication formelle à l'intervention radicale.

Multiples furent les interventions proposées. Toutes les voies ont été tour à tour prônées : vaginale, rectale, parasacrée. Certains auteurs ont préconisé la marsupialisation de la poche. L'anus contre nature, même, fut pratiqué.

En 1886, L. Tait (*Edinb. med. Journ.*, mars 1886) vidait la poche salpingienne par le rectum, à l'aide d'un tube de verre passant par la fistule.

En 1888, Martin proposa la laparotomie pour faire descendre les pyosalpinx fistulisés dans le Douglas, et les traiter par le vagin (en les ponctionnant).

Bigelow (Martin's method of operating in high seated abscesses, *Amer. Journ. of Obst.*, 1888) préconise très vivement la méthode de Martin.

En 1896, Sartorius (Thèse de Strasbourg) conseille la salpingectomie, en position de Trendelenburg; il parle aussi de l'hystérectomie vaginale, applicable dans certains cas.

En 1900, Roger (Traitement des suppurations pelviennes, thèse de Paris 1899-1900) s'étend très longuement sur la méthode de dérivation par voie vaginale.

Enfin, en 1910, M. le Professeur Chavannaz, dans une communication au Congrès de Chirurgie de Paris (novembre 1910), cite six cas personnels de pyosalpinx ouverts dans le rectum et opérés par lui: il propose comme cure radicale l'hystérectomie abdominale subtotale, soit par le procédé de A.-H. Kelly (de Baltimore), soit par le procédé de l'hémisectomie de J.-L. Faure. L'hystérectomie subtotale a cet avantage

qu'elle dispense d'ouvrir le vagin; elle est plus facile à exécuter que l'hystérectomie totale, et l'hémostase en est plus aisée : la section du col se fait en effet au-dessus de la naissance de nombreuses artéριοles provenant des artères utérines, et susceptibles de saigner abondamment, par l'ablation totale de l'utérus.

Que faire en ce qui concerne la perforation rectale ? Faut-il aller la rechercher et la suturer ?

Dans les six cas cités par M. le Professeur Chavannaz, la recherche de la fistule a été faite; l'intestin fut excisé et avivé, la perforation suturée. (*Voir observations VII, VIII, IX et X.*)

D'après MM. Chalier (A.) et Vergnory (M.) (*Gynécologie et Obstétrique*, Paris, 1923, VII), il semble qu'il vaille mieux ne pas pratiquer la suture de la perforation. En effet, le résultat d'une suture sur une tunique intestinale déjà altérée reste plus que douteux; et la durée de l'acte opératoire, en tout cas, est allongée.

Toujours d'après ces auteurs, il est prudent de ne pas aller chercher trop au contact de l'intestin, et de laisser un fragment de la poche en contact avec la tunique rectale, si la dissection semble résulter trop périlleuse.

L'hystérectomie terminée, on procède à un drainage large; on fait une péritonisation haute avec l'S iliaque et le péritoine vésical, de façon à exclure tout à fait la zone pathologique. Les résultats sont excellents. (*Voir Observations II et III*).

CHAPITRE III

DE LA RUPTURE SPONTANEE DU PYOSALPINX DANS LE PERITOINE

La rupture de la collection salpingienne dans le péritoine, sans être rare, n'est point de celles que l'on observe communément; mais elle est, de toutes, la plus dramatique. Sa caractéristique est de progresser avec une grande rapidité et d'être d'emblée très grave; le diagnostic en est le plus souvent difficile et la thérapeutique très discutée.

Les cas les plus anciens sont ceux de Lawson-Tait (1868-1875-1883). Boldt, en 1890, en a relaté 6 cas. Sartorius (1896), Krien (1898), Lejars (1900-1905-1911) en rassemblèrent quelques cas. Bonney, en 1909, en décrit 45 cas; Brickner, en 1912, 91 cas. Enfin, des observations ont été communiquées par Delbet (1892), Brindeau (1908), Chevassu (1910), Faure (1910), Constantini (1913).

Les auteurs sont en désaccord au sujet de la fréquence de la rupture péritonéale du pyosalpinx. « 50 % des cas de pyosalpinx, écrit Lawson-Tait, menacent la vie par rupture dans le péritoine ». Brickner est d'un avis identique. Lamouroux, au contraire écrit que cette complication est « extrêmement rare ». Halpenny et Gorrel l'ont signalée 4 fois sur 26 cas de péritonite aiguë diffuse. Bonney, ayant demandé à cinquante de ses collègues, s'ils avaient observé cette complication, reçut quatorze réponses positives; mais neuf d'entre eux seulement fournirent des renseignements précis sur treize

cas. En somme, on peut dire que, si la plupart des chirurgiens ont observé cette complication dans leur pratique personnelle, il n'en reste pas moins vrai qu'elle est peu fréquente (P.-A. Huet en a relevé une centaine de cas dans la littérature médicale), si l'on songe surtout à l'extrême banalité du pyosalpinx.

Quelle est la cause de cette rupture du pyosalpinx dans le péritoine ? Le traumatisme, sous toutes ses multiples modalités, a été très souvent invoqué ; et bien souvent son rôle est, en effet, indéniable : ce sont surtout les cas où les accidents cliniques ont débuté dès son application. Dans une observation rapportée par Legueu, les phénomènes péritonéaux, au grand complet, sont survenus dix minutes à peine, après le traumatisme. Mais le rôle du traumatisme n'est rendu possible que grâce à des altérations profondes de la paroi tubaire.

La rupture spontanée, qui nous intéresse surtout, ne se produit qu'après un lent travail de fissuration de la poche ; travail de fissuration auquel correspond un tableau clinique insidieux, avec quelquefois cessation des douleurs, retour de la malade à un bien-être trompeur. Cependant, des cas ont été enregistrés où la marche est restée toujours progressive jusqu'à la période syncopale de la rupture.

En somme, dans la majorité des cas, ce sont des salpingites anciennes qui se rompent, soit sous l'action directe d'un traumatisme, soit à la faveur d'une poussée inflammatoire. Les véritables ruptures sont évidemment celles où le traumatisme a agi directement et mécaniquement ; les autres, résultant de l'action de phénomènes ulcéreux, mériteraient mieux le nom de « perforations », au même titre, comme le dit Huet, que les perforations de l'appendice ou de la vésicule biliaire auxquelles elles semblent comparables.

SYMPTOMATOLOGIE. — C'est, dans presque tous les cas, un tableau dramatique, commun à toutes les ruptures intrapéritonéales, qui ouvre la scène.

Tantôt il s'agira d'une malade atteinte de lésions annexiel-

les anciennes et indolentes, lui permettant de vaquer à ses occupations, et chez qui un traumatisme ou un effort souvent insignifiant, va déterminer l'apparition d'une douleur abdominale violente. Ou bien c'est le cas d'une femme, qui, quelques jours avant la perforation, présentait des symptômes très nets d'une nouvelle poussée inflammatoire.

Parfois, enfin, la rupture semble se faire en deux temps, avec une accalmie intermédiaire; le premier temps étant ce qu'Huet appelle « une perforation couverte ».

Le premier symptôme est donc constitué par une douleur subite, violente, provoquant souvent la syncope, et siégeant dans la partie inférieure du ventre.

Cette douleur est-elle liée à la perforation elle-même ? Ou bien n'est-elle, comme le pense Lamouroux, que le témoignage de la première réaction apparente du péritoine ? La question est encore vivement discutée. Dans un cas de Legueu, la rupture, perçue à la fois par la malade et par lui-même, sous forme d'un léger craquement indolore, ne fut suivie du symptôme « douleur » que dix minutes plus tard, c'est-à-dire au moment où le péritoine commençait à réagir. Mais Huet objecte que si l'on se range à l'hypothèse de Lamouroux, à savoir que la douleur est le signe de la première réaction péritonéale, il devient impossible d'expliquer la pathogénie de la douleur, dans les cas de rupture rigoureusement aseptique : grossesse tubaire ou kyste ovarique.

Primitivement pelvienne ou iliaque, la douleur ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen, intolérable par sa violence et sa continuité.

Puis, le tableau clinique du shock, du collapsus s'installe : pâleur, angoisse, voix cassée, sueurs, refroidissement des extrémités, rapidité, petitesse, quelquefois affolement du pouls. Mais, fait remarquable et d'une importance capitale pour le diagnostic, la température ne tarde pas à s'élever, et les frissons sont souvent signalés. Les vomissements apparaissent, alimentaires d'abord, puis très rapidement verda-

tres. La constipation, opiniâtre, sans arrêt des gaz, toutefois, dans les premières heures, est la règle.

Ce tableau symptomatique, qui, à part l'élévation de la température, ne présente aucun signe particulier, a donné lieu, très fréquemment à des erreurs de diagnostic.

Que révèle l'examen de l'abdomen? Presque toujours dans les premières heures, il est rétracté, et ne participe pas aux mouvements respiratoires; on constate de l'hyperesthésie cutanée; de plus (et c'est là un signe capital), la contracture est absolue et généralisée. La malade doit être opérée à cette période de la rétraction du ventre. Si le chirurgien est appelé plus tard, on voit le ballonnement succéder à la rétraction, la paralysie de l'intestin l'emportant sur la contracture de la paroi. C'est alors le tableau classique de toute péritonite diffuse et la mort ne tarde pas à survenir.

Le point capital, qui doit retenir l'attention, c'est la foudroyante rapidité, avec laquelle s'installe la péritonite diffuse (*fulminating peritonitis*, disent les auteurs américains); en trois ou quatre heures au maximum, elle est constituée; et les chances de guérison sont alors minimales.

DIAGNOSTIC. — La caractéristique clinique de la perforation péritonéale est la difficulté de son diagnostic. Deux erreurs ont été fréquemment commises en présence de pyosalpinx perforés dans le péritoine : très souvent les accidents ont été attribués à une péritonite d'origine appendiculaire; plus rarement, à une inondation péritonéale, par rupture de grossesse ectopique. Ces faits s'expliquent fort bien, en l'absence de signe pathognomonique.

En ce qui concerne l'appendicite, l'erreur fut notamment commise dans le cas de Bonney, qui, bien que connaissant chez sa malade, l'existence de lésions pelviennes, discute les deux diagnostics et se rattache en définitive à celui d'appendicite perforante.

L'erreur fut encore commise par d'autres auteurs, et non

des moindres (Lejars, Maun, Echols, Link). Et de fait, le diagnostic est impossible, par absence d'éléments, aucun symptôme n'existant en propre dans l'un ou l'autre cas, la perception de lésions par le toucher vaginal n'éliminant nullement la possibilité d'appendicite, en raison de l'existence de ses formes pelviennes, et de la coexistence fréquente des deux affections. D'ailleurs, l'erreur est de bien peu d'importance, l'intervention, dans les cas douteux, devant se faire toujours par la ligne médiane; seuls les cas d'appendicite bien diagnostiqués, ou avec signes de collection iliaque, devant être abordés par la voie latérale.

La rupture de grossesse tubaire a souvent aussi prêté à confusion : Krien, dans sa thèse, en relate 3 cas, recueillis dans le service de M. Campenon. L'erreur fut également commise par Legueu, Lejars et Proust. De fait, en raison de la brusquerie du début et de l'état de collapsus, les deux états peuvent se ressembler absolument, surtout dans les formes apyrétiques de rupture salpingienne.

Mais en dehors des faits exceptionnels, il existe deux éléments capitaux de diagnostic : l'état de la température et l'existence d'un retard dans les règles.

D'une part, jamais il n'y a de fièvre, dans une grande hémorragie au début; et il est tout à fait exceptionnel que dans la rupture d'une poche septique, il n'y ait pas de fièvre. D'autre part, l'existence d'un retard de règles, ou, en tout cas des anomalies très marquées, ne manquent pour ainsi dire jamais dans la grossesse extra-utérine.

C'est l'étude minutieuse de ces deux signes qui permet à Flatau de conclure avec raison au diagnostic de péritonite, dans un cas, qui, au début, avait été pris pour une hématocele.

A l'étranger, l'hématologie a été utilisée pour établir un diagnostic jusque-là hésitant entre la rupture du pyosalpinx et la rupture de grossesse tubaire : c'est ainsi que dans un cas publié par Brickner, la leucocytose de 28.000 avec une polynucléose de 85 % impose le diagnostic d'accident septique.

Enfin, la ponction du Douglas, pratiquée par le cul-de-sac postérieur du vagin, permet de lever tous les doutes.

Avant de terminer l'étude du diagnostic, signalons quelques erreurs exceptionnelles : le cas de Cerné, où l'adjonction de diarrhée fit porter le diagnostic de gastro-entérite; le cas signalé par Hanras, où s'ajoutaient des phénomènes pulmonaires, ce qui fit porter le diagnostic de tuberculose aiguë; le cas de Le Moniet, où la coexistence d'un gros fibrome mobile et la conservation d'un bon état général firent faire le diagnostic de « kyste de l'ovaire tordu ». Enfin, des cas extrêmement rares figurent dans la littérature médicale, où la rupture du pyosalpinx fut confondue avec une perforation de la vésicule biliaire; avec une perforation intestinale d'origine tuberculeuse ou d'origine typhique; avec une pelvi-péritonite puerpérale, dans un cas où la rupture pyosalpingienne survint après un accouchement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quelques points seuls sont à retenir :

Les annexes des deux côtés sont atteintes, le plus souvent : d'après Huet, trois fois seulement la trompe du côté opposé à la lésion est saine.

L'abcès rompu est soit ovarien, soit tubo-ovarien; ou bien c'est un abcès intra-pariétal de la trompe (Chevassu); mais, le plus souvent, c'est la trompe qui est elle-même perforée.

Ici comme ailleurs, les dimensions de l'orifice présentent de grandes variations; en général unique, on a pu en observer de multiples et Bonney cite un cas de rupture simultanée des deux trompes.

La quantité et la qualité du pus jouent un rôle considérable au point de vue du pronostic. A propos de la quantité, Huet a écrit qu'elle jouait « le même rôle que l'abondance du contenu gastrique chez un malade qui serait atteint d'ulcus gastrique ».

Quant à la qualité, c'est-à-dire, en somme, sa bactério-

logie, elle est de première importance. L'examen pratiqué, dans 9 cas, a donné comme résultats :

BACTÉRIOLOGIE	N. DE CAS	AUTEURS
Gonocoque	2	Stoner.
Streptocoque	1	Lejars.
Coli + Strepto.	1	Baisch.
Colibacille	1	Lejars.
Diplocoque non identifié ..	1	Latzko.
Eberth	1	Gaillard et Chaput.
Aseptique	2	Latzko-Brickner.

Dans aucune observation, la tuberculose annexielle n'est invoquée.

La péritonite anatomique est extrêmement précoce; elle se constitue dès les premières heures; néanmoins sa date varie suivant la septicité du liquide épanché.

PRONOSTIC. — Bien que Brin (d'Angers) ait cité un cas, où la péritonite, livrée à elle-même, se soit enkystée, presque toujours elle se généralise, et dès lors la partie est perdue.

Le pronostic est lié à trois facteurs :

- 1° La précocité de l'intervention;
- 2° La nature même de celle-ci;
- 3° La virulence des germes.

La statistique globale des observations rassemblées par Brickner, comporte 91 cas :

- Non opérés : 36; morts : 36 (constatations d'autopsie).
- Opérés : 35; morts : 18.
- Résultats manquants pour 2 cas.

Soit, en définitive, pour les cas opérés, une mortalité de 54 %.

Une classification bactériologique présenterait beaucoup

plus d'intérêt que la statistique précédente; elle est malheureusement impossible, faute d'éléments suffisants.

Les résultats obtenus suivant la précocité de l'intervention, sont les plus intéressants :

OPÉRATION PRÉCOCE.

	CAS	GUÉRISON	MORT	MORTALITÉ
Avant la 12 ^e heure ..	20	18	2	10 %
Avant la 24 ^e heure ..	30	26	4	13,3 %

OPÉRATION TARDIVE (après la 24^e heure).

	N. de CAS	GUÉRISON	MORT	MORTALITÉ
2 ^e jour	25	3	19	76 %
3 ^e jour		1		
4 ^e jour		1		
Plusieurs jours		1		

Cette statistique nous montre que l'intervention précoce est indispensable au succès.

TRAITEMENT. — L'intervention chirurgicale doit, ici, réunir trois qualités : elle doit être précoce, pathogénique, rapide. Tous les cas de guérison ont, en effet, été opérés dans les premières heures; il faut opérer sans retard, dès qu'on voit la malade, et ne pas tenir compte de l'état de choc initial, quelque grave qu'il soit. En second lieu, seule une opération s'attaquant à la lésion causale aura des chances de succès. Mais il ne faut réaliser cette indication qu'en infligeant à la malade le minimum de traumatisme.

Lejars, en particulier, insista dans la discussion du Congrès de Chirurgie, sur la nécessité de « l'opération minima ». « Il faut, disait Murphy à ce propos, entrer vite dans le ventre, et en sortir plus vite encore. »

Donc, il faudra rejeter l'hystérectomie totale, forcément

longue et traumatisante, susceptible de déterminer une hémorragie de la tranche vaginale, toujours dangereuse chez des malades aussi affaiblies.

L'hystérectomie subtotala a été pratiquée 5 fois avec 4 morts; aussi devrait-elle, nous semble-t-il, être réservée aux cas où l'importance des lésions du petit bassin rend pénible ou impossible la décortication des annexes : là, elle représentera « l'opération minima » puisqu'elle facilitera, au moyen du procédé de Kelly, ou de l'hémisection de J.-L. Faure l'ablation des trompes et rendra ainsi l'opération moins longue.

C'est la castration uni- ou bi-latérale avec conservation de l'utérus, qui a donné les meilleurs résultats. Elle est à la fois, l'opération « pathogénique » et l'opération « minima ». Elle peut être rapidement conduite, ne nécessite qu'un minimum de manœuvres intrapéritonéales et n'ouvre pratiquement pas le tissu cellulaire pelvien.

La cause de la péritonite enlevée, il faut drainer : le meilleur drainage semble être réalisé par un seul drain plongeant dans le Douglas et sortant par la partie déclive de l'incision médiane. On mettra la malade dans la position demi-assise qui facilitera la collection des liquides septiques vers le pelvis et permettra leur évacuation spontanée ou par aspiration. C'est le drainage sus-pubien : il est depuis longtemps déjà considéré par nombre de chirurgiens comme supérieur aux drainages mixtes abdomino-vaginaux et plus ou moins complexes.

Le traitement post-opératoire sera celui de toutes les péritonites, et point n'est besoin ici d'y insister.

CHAPITRE IV

DE L'OUVERTURE SPONTANÉE DU PYOSALPINX DANS LA VESSIE

Sans être fréquente, cette ouverture s'observe quelquefois. En 1860, Fleetwood Churchill, dans son *Traité pratique des Maladies des Femmes*, écrivait :

« Les abcès latéraux du pelvis s'ouvrent quelquefois dans la vessie. » En 1890, Delbet en rapporte quelques cas. En 1900, Bazy étudie le traitement de ces abcès pelviens ouverts dans la vessie. En 1909, Violet et Chalié rapportent trois cas d'ouverture spontanée dans la vessie, de pyosalpinx tuberculeux. En 1910, Müller et Petit-Jean, rapportent dans la *Gazette des Hôpitaux* l'histoire d'un pyosalpinx ouvert dans la vessie depuis dix ans.

La fistule tubo-vésicale est toujours spontanée : on ne trouve pas de cause déterminante à la perforation ; dans aucune observation, on ne trouve de chute ou de traumatisme.

La situation des annexes, leurs rapports avec les organes voisins, ainsi que la tendance naturelle du pus à se faire jour vers les parties les plus déclives, nous font penser que les perforations rectales doivent se produire bien plus souvent que les perforations vésicales : ce qui est corroboré par les diverses statistiques des auteurs.

A l'état de vacuité, la vessie, cachée derrière le pubis, n'a guère de rapports avec les annexes. A l'état de réplétion, la vessie refoulant l'utérus vers le sacrum, soulève les anses intestinales, et sortant du bassin, devient organe abdominal

par son extrémité supérieure; l'élargissement dû à sa distension accroît les rapports de la face postérieure de la vessie avec la partie antérieure des trompes. A l'état pathologique, la trompe, distendue par le pus, est en rapport avec la vessie sur une surface plus étendue; et le rapport sera d'autant plus intime que les adhérences périsalpingiennes sont plus nombreuses.

SYMPTOMATOLOGIE. — La perforation est le plus souvent précédée de *prodromes* plus ou moins accentués. Ce sont des douleurs dans la région hypogastrique, accompagnées de pesanteur et de ténésme. Ces prodromes manquent quelquefois, ou bien sont confondus avec les poussées de pelvi-péritonite.

Puis apparaît le symptôme capital, levant le doute : la pyurie. « Après un court orage fébrile et prémonitoire, écrit Pozzi, le pus s'évacue brusquement, amenant un soulagement remarquable et instantané. » Cependant, cette pyurie peut être insidieuse; parfois l'urine n'est que légèrement trouble. Mais, le plus souvent, on assiste à une débâcle purulente, amenant une sédation presque totale des phénomènes douloureux; la fièvre tombe; la collection pelvienne se modifie dans sa forme et son volume. Il peut se produire en même temps une hémorragie vésicale : ordinairement insignifiante, elle peut exceptionnellement être importante : témoin l'observation de Duncan qui entraîna la mort.

La pyurie est presque toujours sujette à des intermittences, l'orifice tubo-vésical s'oblitérant spontanément. Pour Terrisson, cette intermittence de la pyurie serait le signe caractéristique des fistules venant de la trompe.

Lorsque la communication tubo-vésicale est établie, l'affection peut se présenter sous différents aspects : certaines malades supportent admirablement bien leur pyurie; aucun trouble, si ce n'est le désagrément d'avoir des urines purulentes. Chez d'autres, au contraire, les accès revêtent un caractère de septicité extrême; les douleurs sont très vives;

les frissons violents; les vomissements abondants; délire; la température atteint ou dépasse 40 degrés; pouls petit, filiforme, très rapide. On pourrait penser à des phénomènes péritonéaux; puis, brusquement, l'évacuation purulente a lieu, sans que la malade parvienne à se rétablir. « Elle demeure affaiblie, écrit Pozzi, elle est en proie à une petite fièvre hectique qui l'épuise. L'anorexie est un des caractères frappants de cet état; il est des femmes qui ne peuvent plus supporter aucun aliment, qui les vomissent tous et qui meurent littéralement d'inanition. »

A l'examen de la malade, on constate que les annexes d'un seul ou des deux côtés sont tuméfiées, adhérentes, douloureuses. L'utérus est ordinairement dévié latéralement; le cathétérisme montrera une déviation de la vessie.

La mort peut survenir après un temps variable. La péritonite, l'infection généralisée, l'infection rénale sont les modes de terminaison les plus fréquents.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est difficile parce que d'autres organes présentant des lésions suppuratives peuvent venir en contact avec le réservoir vésical et s'y ouvrir. C'est d'abord l'*appendice* : sa mobilité, sa grande longueur, sa situation pelvienne souvent constatée expliquent cette relation de quelques appendicites suppurées avec la vessie. « L'appendice, a écrit Jonnesco, peut toucher et même adhérer par son extrémité libre au côlon pelvien, au cæcum, à la vessie, à l'utérus, à l'ovaire, à la trompe, au ligament large. » Les fistules appendiculo-vésicales ont d'ailleurs inspiré de nombreux travaux.

De même, les *kystes dermoïdes suppurés* peuvent évoluer vers la vessie. Sur 32 kystes spontanément ouverts, d'après M. Delbet, 16 se sont faits par cette voie, 6 se sont ouverts dans l'intestin, 3 dans le vagin, 4 dans le péritoine. En 1827, Delpech a rapporté un cas de pilô-miction, reconnaissant pour cause un kyste pileux faisant saillie dans la cavité vésicale.

Les kystes de l'ovaire, bien que suppurant très rarement, peuvent également s'ouvrir dans la vessie.

Colson, dans la *Revue de Médecine* de 1827, rapporte l'observation d'un *kyste hydatique* ouvert dans la vessie.

Les hématoécèles suppurées peuvent prêter à confusion, mais très rarement du fait de leur situation ordinaire dans le cul-de-sac de Douglas.

Les abcès qui s'ouvrent dans la vessie peuvent avoir un point de départ variable : tantôt, c'est l'intestin qui est en cause; tantôt, c'est le tissu cellulaire prévésical.

Les pelvi-péritonites s'ouvrent de préférence dans l'intestin : sur 17 observations, Delbet n'en compte qu'une seule qui se soit fait jour, à la fois dans le rectum et la vessie. Les phlegmons du tissu cellulaire péri-utérin s'ouvrent assez souvent dans la vessie : la statistique de Delbet, sur 95 cas spontanément ouverts, indique 18 ouvertures vésicales, 30 vaginales, 28 rectales.

Devant une fistule vésicale, il est extrêmement difficile de dire si l'on se trouve en présence d'une pyosalpingite spontanément ouverte, ou bien d'un phlegmon ou d'une pelvi-péritonite. Les chirurgiens américains se contentent de dire qu'il y a abcès pelvien, et c'est encore là le plus sage.

On doit se contenter, le plus souvent, selon l'expression de Terrier, d'un « diagnostic toujours approximatif ».

Cependant, la pyurie consécutive à l'ouverture d'une collection tubaire se différenciera aisément de la pyurie purement vésicale ou pyélo-rénale, par les signes suivants :

1° Absence de douleurs en urinant et de cystite proprement dite;

2° Conservation du volume normal des urines, absence de polyurie, qui est l'indice d'une lésion rénale.

Peut-on faire un *diagnostic étiologique*, par l'examen des urines, dans le cas de la perforation de la vessie par un abcès pelvien tuberculeux d'origine génitale ? Il ne faut compter ni sur les caractères macroscopiques du pus évacué, ni sur

la recherche des BK dans les urines. Reste l'inoculation au cobaye, qui a donné des résultats positifs; mais la réponse est tardive; et de plus, une inoculation négative n'est pas forcément le signe d'un pyosalpinx non bacillaire.

Le diagnostic peut être tranché par la *cystoscopie* : elle permet de se rendre compte *de visu* des lésions; on voit le pus sourdre par l'orifice fistuleux; ou tout au moins, comme l'indique le professeur Legueu, elle permet de voir une muqueuse rouge, avec souvent des végétations semblant limiter un orifice cratériforme.

Enfin MM. le Professeur Duvergey et le docteur Dax, dans un rapport à la Société française d'Urologie, en 1922, ont montré ce qu'on pouvait attendre, au point de vue du diagnostic, d'une méthode nouvelle : « *la Salpingographie* » (*Voir observations I et VI*).

Il y a d'ailleurs deux points à envisager dans la méthode de M. le Professeur Duvergey : le côté diagnostic et le côté thérapeutique. Occupons-nous, tout d'abord, du premier :

On pratique une injection intratubaire transvésicale de bromure de sodium, qui doit être poussée doucement, sans pression; car l'injection violente pourrait peut-être faire éclater la trompe ou la paroi du pyosalpinx, malgré l'épaisseur et la résistance de cette paroi dans la plupart des cas.

Ainsi, sur la radiographie, se verra très nettement la cavité de la trompe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quelques mots seulement : annexes très souvent atteintes des deux côtés. Comme dans le cas des ouvertures précédentes, les dimensions de la poche sont variables; il en est de même pour la perforation; à remarquer cependant, que la communication n'est pas toujours directe entre la vessie et la cavité de la trompe : il peut y avoir communication vésico-péritonéale au lieu de vésicotubaire d'emblée.

Il est inutile, sous peine de tomber dans des redites, de faire l'étude du pus. Les organes du petit bassin sont, ici,

particulièrement déviés de leur position normale, et ce bouleversement des rapports anatomiques complique les interventions chirurgicales.

PROXOSTIC. — Sauf quelques exceptions, les fistules tubo-vésicales, abandonnées à elles-mêmes conduisent avec plus ou moins de rapidité à la mort. Différant de beaucoup des abcès ouverts dans le rectum, les pyosalpinx ouverts dans la vessie, et en particulier les pyosalpinx bacillaires, sont loin d'être des abcès en voie de guérison; ce sont, suivant le mot de Delbet, « des abcès aggravés ». Aussi doit-on au plus tôt intervenir.

TRAITEMENT. — Ce principe d'intervention rapide admis, quelle ligne de conduite tenir ?

1° Opérer ? Et dans ce cas, quelle voie choisir ? Voie vésicale ? Voie vaginale ? Voie abdominale ?

2° Ou bien se rallier à la méthode médicale nouvelle préconisée par MM. le Professeur Duvergey et le docteur Dax, et procéder alors à des instillations intratubaires transvésicales de nitrate d'argent ?

Nous allons étudier successivement chacune de ces directives :

A. Opération par la voie vésicale.

Elle a été proposée par un certain nombre de chirurgiens : la dilatation de l'urèthre permettrait d'aller cureter et nettoyer l'intérieur de la cavité purulente que l'on pourrait drainer par la suite. Cette méthode est aujourd'hui abandonnée parce que la dilatation de l'urèthre expose à l'incontinence d'urine; parce qu'en curetant la poche, on risque de perforer le pyosalpinx et d'infecter secondairement le péritoine ou de créer une fistule communiquant avec un segment intestinal adhérent.

Schröder préfère la taille hypogastrique, et il a ainsi.

dans un cas signalé par lui, drainé l'abcès et fermé la fistule tubo-vésicale. Cependant, c'est là une opération grave, que Delbet ne recommande que dans les cas de cystite intense, parce qu'« ainsi, dit-il, on soigne la cystite en même temps que l'abcès ». Mais, il est d'autres méthodes plus rationnelles pour traiter une cystite.

B. Opérations par voie vaginale.

La colpotomie et le drainage vaginal des collections pelviennes sont, dans certains cas, l'opération de choix. C'est une opération conservatrice; de plus, elle présente au pus un écoulement déclive et n'expose pas aux fistules. Péan, qui, en 1890, avait déjà proposé l'hystérectomie vaginale comme traitement des suppurations pelviennes, la recommande encore lorsqu'il y a des fistules ouvertes dans les organes voisins.

Segond la recommande tout particulièrement dans le cas d'abcès pelvien.

Pichevin dit d'elle « qu'elle est applicable aux femmes ayant des fistules qui font communiquer une poche suppurée du bassin soit avec l'ombilic, soit avec la vessie ».

C. Opérations par voie abdominale

L'hystérectomie vaginale, autrefois prônée par Péan dans les suppurations pelviennes compliquées de fistules vésicales, est abandonnée aujourd'hui pour les suppurations ordinaires, à plus forte raison pour les suppurations tuberculeuses.

C'est un procédé aveugle et dangereux.

L'hystérectomie abdominale subtotale, avec drainage vaginal et fermeture complète de la paroi, s'est imposée. Elle supprime radicalement le foyer purulent et permet de traiter la fistule. Nous ne reviendrons pas sur les avantages qu'elle

présente sur l'hystérectomie abdominale totale; nous nous sommes suffisamment étendus là-dessus, dans le chapitre II.

Au point de vue opératoire, il faut faire abstraction de la communication tubo-vésicale et pratiquer l'ablation des annexes, comme si elle n'existait pas. Cependant, après la castration, grâce à une injection de liquide antiseptique dans la vessie, on pourra se rendre compte de la perforation vésicale. Si le trajet fistuleux s'est oblitéré, nul besoin de s'en inquiéter davantage. S'agit-il, au contraire, d'une véritable perte de substance, d'un envahissement tuberculeux net de la vessie, on doit exciser largement la région suspecte et suturer ensuite les deux lèvres de la plaie.

D. *Traitement médical.*

Instillations intratubaires transvésicales de nitrate d'argent.
(Méthode de MM. le Professeur DUVERGEY et le docteur DAX.)

Si la malade se trouve dans des conditions très mauvaises et ne peut supporter l'hystérectomie abdominale totale ou subtotal, opérations toujours difficiles et rendues plus graves, très souvent, du fait d'une grande complexité d'adhérences, on peut recourir à la méthode préconisée par MM. le Professeur Duvergey et le docteur Dax, dans leur rapport à la Société française d'Urologie en 1922. Cette méthode consiste dans des instillations intratubaires transvésicales de nitrate d'argent (*Voir observations VI et VII*). Cette méthode a guéri leur malade non seulement de sa pyurie, mais aussi de sa double annexite, réduite à de petits noyaux cicatriciels, durs et indolores.

Cette méthode a été appliquée dans le service de M. le Professeur Guyot, à une malade qui présentait un trajet fistuleux du pyosalpinx à la paroi abdominale, ainsi qu'une perforation vésicale.

Cette malade, très curieuse, du fait de la facilité extraordinaire avec laquelle elle faisait des ouvertures spontanées

de son pyosalpinx (ouverture triple : à la paroi, dans la vessie, dans le rectum) présentait de plus un état général déplorable, ne permettant pas le traitement chirurgical. (*Observation I.*)

Le docteur Dax procéda à des instillations intratubaires transvésicales de nitrate d'argent à 1 p. 100. Quatre instillations furent faites à la malade, de 4 centimètres cubes chacune. Ces instillations ne furent pas suivies d'amélioration appréciable au début du traitement, mais à l'heure actuelle (10 décembre 1925), on a constaté un mieux sensible (*Voir observation I.*)

En résumé, la méthode de M. le Professeur Duvergey est, croyons-nous, une excellente méthode palliative, à appliquer lorsque la malade est dans des conditions déplorables. Rarement elle amènera une véritable guérison, au sens propre du mot; mais une amélioration très sensible peut en être le résultat; et c'est là le côté très louable de cette tentative.

Seule, l'intervention chirurgicale, malgré quelques résultats malheureux, reste le seul moyen de débarrasser la malade d'une affection qui fait d'elle une infirme et qui ne présente que peu de chances de guérison spontanée.

CHAPITRE V

AUTRES OUVERTURES SPONTANÉES PYOSALPINGIENNES

I. OUVERTURE VAGINALE. — Nous la laissons volontairement de côté, car elle est surtout une ouverture chirurgicale et n'entre par conséquent pas dans le cadre de notre sujet.

II. OUVERTURE DANS LE TISSU CELLULAIRE. — Le pus, respectant parfois la cavité péritonéale, peut fuser dans le tissu cellulaire des ligaments larges : une douleur profonde dans la fosse iliaque, avec irradiations dans les membres inférieurs, qui se mettent en flexion, les signes ordinaires de la suppuration, indiquent la formation d'un abcès que l'on palpe par le toucher rectal ou par le cul-de-sac latéral du vagin.

Toutes les voies sont ouvertes au pus, qui cherchera une issue vers les viscères environnants ou vers la paroi : la formation d'un plastron induré; puis l'œdème de la peau qui rougit et s'ulcère précéderont la sortie de ce pus, soit au flanc, soit à la cuisse, après avoir traversé le canal inguinal. Delbet parle d'un cas où le pus se fit jour dans l'urèthre. Des cas ont été cités où l'abcès salpingien s'est déversé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal antérieur, pour venir, par un long trajet fistuleux, trouver une issue à l'ombilic. Il est plus fréquent encore de voir le pus de la trompe s'écouler dans l'espace de Retzius et perforer la paroi qui le recouvre immédiatement.

OBSERVATION I.

Ouverture triple :

*à la paroi abdominale;
dans la vessie;
dans le rectum.*

(Provenant de la clinique du Tondu et due à l'obligeance de M. le professeur Guyot.)

M^{me} P..., Age : 37 ans. Entrée le 4 juin 1925, salle F, lit 18 (hôpital du Tondu).

Antécédents héréditaires : Mère vivante et bien portante. Père mort de cirrhose atrophique. Sœur qui a toujours été malade (tuberculose pulmonaire torpide). Notre malade s'est toujours bien portée. Quelques affections de l'enfance, n'ayant jamais présenté aucun caractère de gravité. Cependant, elle a eu le croup à l'âge de 16 ans : traitée par le sérum antidiphthérique, elle fut rapidement guérie. Ne s'enrhume jamais l'hiver. Aucun trouble gastro-intestinal. Réglée à 13 ans : règles normales. Pas de dysménorrhée. Mariée à l'âge de 23 ans. Mari bien portant. Fausse couche à 24 ans : fausse couche de trois mois attribuée par la malade à une chute. A la suite de cette fausse couche, la malade fait des accidents infectieux (par suite de rétention placentaire pendant huit jours). La malade garde le lit deux mois avec une forte température. Au bout de ce temps, elle est complètement guérie et ne présente plus de pertes anormales d'aucune nature.

Deuxième grossesse : trois ans après. Grossesse pénible : fièvre, vomissements; accouchement avec forceps d'un enfant très gros (5 kilogrammes). Suites de couches normales. Lever au vingtième jour. Pas de pertes anormales; pas de douleur.

Il y a deux ans, crise abdominale; soignée par le docteur X...,

pour gastro-entérite. Rien d'anormal du côté des règles, mais présence de sang dans les selles.

Il y a un an, la malade commença de souffrir des reins, pendant les règles surtout : ces douleurs s'irradiaient légèrement dans le flanc gauche.

Depuis un mois, lassitude générale de la malade. Le 30 mai, brusquement, à six heures du soir, rentrant de son travail, la malade est prise d'une douleur en coup de poignard dans le flanc gauche, irradiée dans la fesse et la hanche gauche. Frisson très violent. La malade se couche immédiatement et souffre atrocement toute la nuit : elle ne fait aucun traitement et appelle son médecin dans la journée du lendemain (docteur Castex) qui prescrit une potion (opium-bismuth) et des compresses chaudes abdominales. Une légère sédation des phénomènes douloureux se produit; mais la malade présente des vomissements bilieux. Le docteur, constatant le lendemain la contracture de la paroi, fait continuer le traitement; mais la malade se rend à l'hôpital du Tondu consulter M. le Professeur Guyot.

Examen de la malade à l'entrée dans le service de M. le Professeur Guyot : Facies bon, normalement coloré. Bas-ventre douloureux dans son ensemble, mais plus particulièrement dans la fosse iliaque gauche. Température et pouls normaux.

Au toucher : col légèrement ramolli; présence dans le Douglas d'une masse ayant tous les caractères d'une hématoécèle; de consistance très dure; descendant très bas; indolente.

Le toucher rectal permet de sentir une masse très volumineuse, dure et indolente, faisant bomber toute la paroi antérieure du rectum.

A la pression des seins : présence de colostrum.

A l'examen du sang : diminution notable des globules rouges. Formule leucocytaire voisine de la normale.

Devant l'ensemble de tous ces signes, l'intervention fut décidée à cause de la probabilité d'une rupture de grossesse tubaire.

Opération, le 4 juin : Laparotomie. Dès le ventre ouvert, on constate des adhérences du tablier épiploïque en bas; et dès qu'on essaie de repérer l'utérus et les annexes, un flot de pus, à odeur

colibacillaire, apparaît; on procède à la protection de la grande cavité par des compresses péritonéales. On tamponne le pus qui s'écoule et on place un Mickulicz. Fermeture de la paroi. Glace sur le ventre. Huile camphrée; spartéine. Suites opératoires excellentes; mais la température persiste en baissant très lentement pendant deux mois et demi.

Ablation du Mickulicz normale. La suppuration est abondante; on maintient un drain dans la plaie. Au début d'août, le drain fut enlevé; la suppuration allait en diminuant; la malade faisait de l'héliothérapie.

On fait alors faire une radiographie, après injection de la fistule au lipiodol.

Celle-ci montre la persistance d'une poche purulente qui semble siéger dans le petit bassin, au voisinage du sacrum.

On place des lamineaires pour élargir le trajet fistuleux et on procède à des lavages avec deux drains et une seringue à lavages vésicaux. On procède également à un prélèvement de pus qui est trouvé stérile. Consécutivement à ces lavages, la malade présente des douleurs vésicales qu'elle compare à des brûlures, et quelques jours après, vers le 5 ou le 6 septembre, elle remarque que des grumeaux de pus sont mêlés à ses urines : il y a, dans le bocal, une couche de 2 à 3 centimètres de pus bien lié. On fait alors un examen de la vessie, et on voit le pus s'échapper par un très petit orifice, situé au niveau du bas-fond vésical. La vessie est en parfait état. On tente à trois reprises, sans succès, le cathétérisme du trajet. On fait d'abord des lavages de vessie au nitrate d'argent à 1 p. 100.

Entre temps, les lavages par la plaie abdominale ont été supprimés, parce que très douloureux.

C'est alors que le docteur Dax a procédé à des instillations intratubaires, transvésicales de nitrate d'argent au 1/100; cette méthode n'a pas amené, chez notre malade, une amélioration sensible de son état.

Le 20 septembre, la malade se plaint de la fosse iliaque gauche : on constate la formation d'une tumeur à ce niveau, nettement limitable, du volume du poing, peu douloureuse, à peine percep-

tible, située très haut. On place de la glace sur l'abdomen; repos au lit.

Le pus vésical est devenu, à cette date, très peu abondant; les lavages de la vessie ne sont plus douloureux.

Le 1 octobre : nouvelle apparition de la fistule abdominale.

Le 6 novembre : apparition de pus dans les selles; le pyosalpinx s'était ouvert dans le rectum. On pratique la dilatation de la fistule abdominale avec une tige de laminaire : écoulement les jours suivants, par l'orifice, d'une quantité assez abondante de pus.

Etat général mauvais à cette date; température oscillante. Frissons. Vomissements. Urée dans le sang : 0 g. 48.

Mais à l'heure actuelle :

10 décembre 1925 : l'état de la malade s'est très amélioré : chute de la température et du pouls; disparition des douleurs spontanées; retour des règles suspendues depuis deux mois; meilleur facies; retour de l'appétit; diminution sensible de l'empatement pelvien.

OBSERVATION II.

Ouverture rectale de MM. André CHALIER et VERGNORY.

(Revue de Gynécologie et d'Obstétrique, 1923.)

M^{me} Ch..., âgée de 28 ans, est adressée par le docteur Treille, le 17 janvier 1921, dans le service de M. le professeur Bérard, pour des douleurs dans le bas-ventre.

Mariée à l'âge de 18 ans; ni enfants, ni fausse couche.

A été réglée toujours très irrégulièrement, avec des absences de règles qui duraient toujours plusieurs mois, jusqu'à il y a trois ans. Depuis cette époque, les retards ne sont plus que de sept à huit jours. Les règles ne sont pas douloureuses; elles durent habituellement quatre jours; les dernières ont, par exception, duré huit jours.

Ni bronchite, ni pleurésie.

Il y a quatre ans, la malade avait déjà souffert du ventre; elle fit alors un séjour de deux mois à l'hôpital du Havre, où l'on avait porté le diagnostic de péritonite bacillaire.

Elle avait alors de la fièvre, et elle se souvient qu'un jour, après avoir souffert plus que de coutume, elle avait évacué une certaine quantité de pus par le rectum, ce qui la soulagea immédiatement. Depuis cette époque, elle a toujours eu des selles glaireuses, parfois purulentes, et mettait ces symptômes sur le compte d'une entérite.

A l'entrée, la malade accuse des douleurs spontanées dans le bas-ventre, irradiées à la face interne des cuisses; coil douloureux; pertes blanches peu abondantes, surtout glaireuses. Le ventre est modérément ballonné. Le toucher fait sentir une grosse masse annexielle gauche, dure, grosse comme une tête fœtale et assez peu douloureuse à la pression. Utérus refoulé à droite; col normal avec un peu de métrite érosine.

On fait le diagnostic de pyosalpinx ancien ouvert dans le rectum.

L'opération est pratiquée le 22 janvier 1921, sous anes'hésie rachidienne (12 centigrammes de scurocaïne). Incision de Pfannenstiël. On découvre deux pyosalpinx postérieurs très adhérents, le gauche beaucoup plus volumineux que le droit. Libération laborieuse d'avec les parois pelviennes et surtout d'avec le rectum, auquel on laisse adhérer un petit fragment de la poche, sans apercevoir de perforation intestinale. Castration totale par hystérectomie sus-vaginale. Drainage du Doug'as au moyen d'un mèche, qui passe dans le vagin à la faveur d'une fente vertico-médiane postérieure du col. Péritonisation haute avec l'S iliaque. Fermeture complète du ventre à quatre plans, sans drainage de la paroi.

Suites simples. Mais à l'ablation de la mèche, le sixième jour, il se produit une fistule vagino-rectale haute. Pendant plusieurs jours, la totalité des matières a passé par le vagin. Peu à peu, la fistule s'est rétrécie, donnant une issue de matières de moins en moins abondante; néanmoins, deux mois après l'opération, les gaz s'échappaient encore par le vagin. Ou bout du troisième mois, la fistule était complètement oblitérée.

La malade a été revue en excellente santé le 6 décembre 1922, soit près de deux ans après son hystérectomie.

OBSERVATION III.

Ouverture rectale de MM. André CHALIER et VERGNORY.

(Revue de Gynécologie et d'Obstétrique, 1923.)

M^{me} P..., âgée de 30 ans. Mariée depuis deux ans sans grossesse. En mars 1922, huit jours après avoir subi une dilatation cervicale à la tige de laminaire pour lutter contre une stérilité qui l'inquiétait, elle fut prise d'accidents pelviens aigus. Il faut dire qu'à ce moment, et à l'insu de son médecin, le mari de la malade était porteur d'une blennorragie.

Quand nous la vîmes pour la première fois, le 12 avril 1922, elle présentait des pyosalpinx aigus avec température élevée. L'opération, dès ce moment, proposée avec insistance fut refusée.

Après avoir consulté un assez grand nombre de médecins, dont certains firent même le diagnostic de grossesse, nous fûmes appelés à la revoir avec le Dr Guyot, le 2 septembre 1922. Depuis le mois d'avril 1922, elle n'avait pas cessé de présenter une température oscillante, avec exaspération vespérale. L'examen démontrait l'existence de deux pyosalpinx avec ouverture de l'un d'eux dans le rectum. En effet, la malade racontait que le 27 juin, après une diarrhée de quelques jours, et alors que sa température était montée à 40° 3, elle fut prise d'une douleur abdominale et évacua par le rectum un demi-litre de pus. Son ventre, qui était volumineux, s'affaissa brusquement, et la douleur disparut. Les jours suivants, l'écoulement fut encore plus considérable; il a persisté depuis, sans arrêt, mais en quantité bien moindre.

Cette fois, l'opération fut acceptée; elle eut lieu le 16 septembre 1922. Rachi-anesthésie : 10 centigrammes d'allocaine Lumière. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Petit bassin occupé par deux pyosalpinx, du volume du poing, assez fortement adhérents

en arrière. Le gauche est le plus volumineux, le plus solidement fixé, et renferme une suppuration infecte, à odeur de chou pourri. C'est lui qui plonge le plus dans le Douglas, et qui, sans doute, communique avec le rectum, mais après la libération, il est impossible d'apercevoir la perforation. Castration totale avec hystérectomie sus-vaginale. Fente médiane antérieure du col, drainage transcervical par mèche, Péritonisation basse, assez peu satisfaisante, car en arrière, il faut utiliser le rectum et non pas le péritoine rétro-cervical.

Nettoyage à l'éther; fermeture complète du ventre, à trois plans.

Suites simples. Très légère suppuration de la paroi. Ablation de la mèche, au bout de cinq jours. Purgation le sixième. Pas la moindre persistance de fistule vagino-rectale, ni d'écoulement de pus par le rectum. La malade s'est levée le douzième jour et est partie le quatorzième.

Revue en excellente santé le 21 octobre 1922.

OBSERVATION IV.

Rupture péritonéale (LENORMANT).

Femme de 36 ans, entrée salle Gosselin, le 25 mars 1921, sortie le 6 mai 1921. Malade en traitement pour pyosalpinx

Le 7 avril, à 8 heures du matin, douleur abdominale violente, survenue brusquement. Défense de la paroi. On constate que la poche salpingienne, précédemment perçue dans le cul-de-sac droit, n'existe plus.

Opération immédiate, trois heures environ après la rupture.

Opérateur, M. Lenormant. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pus libéré en abondance dans le ventre. Réaction péritonéale presque nulle, anses peu rouges et une plaque fibrineuse sur une anse grêle. On trouve immédiatement la trompe gauche largement déchirée, en partie masquée par des adhérences de l'épiploon. A droite, pyosalpinx non rompu.

Ablation des deux trompes en conservant l'utérus.

Nettoyage et éthérisation du bassin.

Un gros drain dans le Douglas.

Fermeture de la paroi à trois plans.

Guérison.

OBSERVATION V.

Rupture péritonéale (Huet).

(*Journal de Chirurgie*, février 1924.)

Femme de 18 ans. Fausse couche il y a douze jours, pour laquelle elle devait subir un curetage à l'hôpital Tenon. Sortie sur sa demande, elle commence à souffrir du bas-ventre; elle entre à Saint-Louis le 2 août 1921, à 10 heures du matin (service de M. Lenormant).

A l'entrée : Température 39 degrés. Volumineuse masse douloureuse dans le cul-de-sac postérieur. Nous projetons de pratiquer une colpotomie; mais des réserves sont faites par le chef de service intérimaire en faveur du diagnostic d'hématocèle. La malade est simplement mise au repos et à la glace.

A minuit, douleur syncopale. Pouls filant. Ventre rétracté, uniformément dur, ne respirant pas. Au toucher, la masse pelvienne a nettement diminué de volume et est manifestement moins tendue que le matin. Le diagnostic de rupture spontanée de pyosalpinx est alors porté.

A 1 h. 30, laparotomie en position horizontale (Huet) : pus libre en très grande quantité dans le ventre, jusqu'au delà du côlon transverse. On trouve une volumineuse poche salpingienne rétro-utérine, suppurée, ouverte dans le péritoine. Hystérectomie subtotale pénible. Devant la difficulté de la péritonisation, et pour abrégier, on met en place un sac de Mickulicz et un gros drain dans le Douglas. Mort le 3 août.

Examen de la pièce : Double pyosalpinx. Le gauche présente une large déchirure certainement agrandie au cours de l'intervention. L'utérus contient des débris placentaires. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VI.

(Rapport de MM. le Professeur DUVERGEY et du docteur DAX
à la Société française d'Urologie, 1922.)

G... (Fernande), 34 ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-André, le 28 février 1922, salle 8, dans le service de M. le Professeur Villar, pour fatigue générale et cystite.

Père mort à 48 ans d'affection respiratoire chronique. Une sœur sujette à des bronchites à répétitions. Aucun antécédent personnel. Mariée en 1912, a deux enfants.

En février 1922, les mictions deviennent fréquentes; l'urine devient trouble. Jusqu'alors, la malade n'avait que deux mictions par vingt-quatre heures; elle en a dix depuis février; de plus, la miction s'accompagne de brûlures au méat. Les pertes blanches, peu abondantes, deviennent plus importantes.

Brusquement, le 28 février 1922, les urines deviennent épaisses et troubles, les leucorrhées franchement jaune verdâtre. Pas de douleurs abdominales. Pas d'hématurie.

Urotropine, tisanes, lavages vésicaux au nitrate d'argent. Aucune amélioration dans l'état local et dans l'état général n'étant constatée, la malade est transférée salle 1, dans le service de M. le Professeur agrégé Duvergey.

Examen : A son entrée, le 9 avril 1922, femme très amaigrie, affaiblie. Le bocal d'urine contient 600 grammes d'urine, avec un dépôt de trois travers de doigt de pus verdâtre. L'urine au-dessous est assez claire; pas de fièvre.

Au toucher vaginal, utérus immobilisé par une gangue inflammatoire, remplissant le bassin. Les annexes sont augmentées de volume, surtout à droite, où on les retrouve dans le cul-de-sac postérieur. Le tout est bloqué; le toucher rectal donne les mêmes renseignements. Il permet de sentir une volumineuse tumeur salpingienne droite, plaquée contre la paroi postérieure de la vessie et se continuant vers la partie extérieure de l'excavation.

Cet examen n'est pas très douloureux.

L'exploration des reins et des urètres ne donne rien d'anormal.

Sommets pulmonaires suspects.

Le 10 avril 1922 : analyse d'urine.

Albuminurie : 1 g.50.

Pyurie à polynucléaires. Streptocoques.

Colibacilles.

Pas de B. K.

Azotémie : 0 g. 65.

Le 14 avril 1922 : cystoscopie.

Capacité vésicale : 80 centimètres cubes. Vessie rouge, très vasculaire, très sensible. Orifice de l'urètre gauche sain, admettant facilement une sonde n° 14, qui monte sans arrêt jusqu'au bassinnet. Le droit est tout petit et ne peut être cathétérisé. En arrière du muscle interurétéral, la paroi vésicale est tomenteuse, irrégulière et à 2 centimètres derrière l'embouchure de l'urètre droit, on découvre assez difficilement, car cette partie de la vessie s'éclaire mal, un orifice auquel aboutissent des plis rayonnés.

Rien ne s'en échappe. Il est cependant cathétérisé et la sonde urétérale s'y enfonce de quatre centimètres.

Traitement général : lavages vésicaux.

Le 19 avril 1922 : diarrhée incoercible, jugulée immédiatement par l'injection intraveineuse de 0 cc. 5 de chlorure de calcium à 50 p. 100.

Le 9 mai 1922 : *cystoradiographie* au bromure de sodium à 30 p. 100. Elle montre sur le côté de la vessie un trajet de quelques centimètres de longueur conduisant à une cavité (ombre arrondie de la dimension d'une cerise). La longueur et la situation de ce trajet sont bien celles du trajet anormal cathétérisé antérieurement.

Le 27 mai 1922 : *salpingographie*. Cathétérisme de l'orifice anormal avec le cystoscope à prisme. La sonde urétérale pénètre toujours de 4 centimètres seulement.

Injection de 5 centimètres cubes de bromure de sodium.

Radiographie. Aucune réaction douloureuse ni thermique. La radiographie, pratiquée par M. le Docteur Labeau, montre l'image

de la trompe droite qui s'étend vers la partie externe de l'excavation pelvienne.

Le 31 mai 1922 : instillation de 4 centimètres cubes de nitrate d'argent, dans la trompe droite, par la voie vésicale, à l'aide de la sonde urétérale.

A la suite de cette première instillation, amélioration très sensible; le pus n'existe plus dans le local. Les phénomènes vésicaux disparaissent, les lésions annexielles se réduisent de volume, au toucher vaginal.

Le 7 juin 1922 : *nouvelle cystoscopie* : L'orifice de communication de la trompe avec la vessie paraît fermé. Il ne peut être cathétérisé.

Le 20 juin 1922 : les lésions annexielles se réduisent. Pas de douleurs. Mictions : quatre dans les vingt-quatre heures. La pyurie a disparu complètement. Pas de fièvre. Amélioration de l'état général. L'urine atteint 1.600 centimètres cubes et même 1.500 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

Le 5 février 1923, MM. le Professeur Duvergey et le Docteur Dax, à la Société anatomo-clinique de Bordeaux, firent part des résultats définitifs obtenus chez leur malade :

« A l'heure actuelle, non seulement la malade est guérie de sa pyurie, mais aussi de sa double annexite, réduite à des noyaux cicatriciels indolores. La guérison remonte à six mois et ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. L'état général est devenu excellent. »

OBSERVATION VII.

Ouverture rectale.

(Service de M. le Professeur CHAVANNAZ. — Thèse d'Alexandre.)

M^{me} X..., 37 ans; femme vigoureuse. Deux accouchements, l'un à 30 ans, l'autre à 31 ans. Le premier a nécessité une application de forceps. Pour aucun des accouchements, il ne paraît y avoir eu de suites pathologiques.

En mai 1906, température à 40 degrés, durant trois ou quatre

jours; ventre douloureux et ballonné, puis état comateux. La malade est considérée par son médecin comme atteinte d'une fièvre typhoïde de forme anormale. En janvier 1907, émission abondante de pus par l'intestin. Nous sommes appelé quelques jours plus tard et nous trouvons une annexite double, surtout marquée à gauche. Etat général précaire. Les altérations annexielles persistent, ainsi que l'évacuation de pus par le rectum. Fièvre irrégulière lorsque nous intervenons le 12 juin 1907.

La laparotomie médiane nous conduit sur une double annexite suppurée. Celle de gauche est du volume du poing. Après ponction évacuatrice, la castration utéro-ovarienne est pratiquée par le procédé de Kelly. La perforation rectale, d'une dimension de lentille, est suturée à la soie. Drainage par le vagin. Péritonisation. Drainage hypogastrique à l'aide d'un drain de caoutchouc.

Guérison *per primam*.

OBSERVATION VIII.

Ouverture rectale.

(Service de M. le Professeur CHAVANNAZ. — Thèse d'Alexandre.)

M^{me} X..., 47 ans, trois accouchements. A présenté à plusieurs reprises des poussées de périméthro-salpingite avec fièvre et état général grave. En août 1909, écoulement abondant de pus par l'anus. Cet écoulement persiste avec une grande intensité, lorsque nous décidons l'intervention le 23 décembre 1909. Laparotomie médiane. Annexes droites très adhérentes et suppurées. La trompe gauche, du volume d'une grosse mandarine, est ponctionnée. Par hémisection, castration utéro-ovarienne.

La trompe gauche contenait une pellicule de raisin et adhérait à la face antérieure du rectum; elle communiquait avec ce viscère par une ouverture des dimensions d'un pois. Après avivement, suture de la plaie intestinale. Drainage vaginal. Péritonisation. Drainage hypogastrique à l'aide d'un drain de caoutchouc. Guérison *per primam*.

OBSERVATION IX.

Ouverture rectale.

(Service de M. le Professeur CHAVANNAZ. — Thèse d'Alexandre.)

M^{me} X..., 26 ans. Très fortement constituée. Pas de grossesse. A présenté des troubles utérins pour lesquels on lui a fait, en Algérie, des pausements et des cautérisations. En mai 1909, elle présente une poussée très aiguë de périméthro-salpingite, déterminant des symptômes graves et nécessitant un repos au lit de trois mois. En août, ouverture d'une collection suppurée dans le rectum. L'évacuation du pus continue; les selles sont fréquentes, l'état général est altéré. A l'examen, on constate un utérus gros, flanqué de deux masses salpingiennes.

Le 5 février 1910, on procède à la laparotomie médiane. La trompe gauche, du volume du poing, est ponctionnée et donne un pus d'une fétidité extrême. La trompe droite est suppurée, mais beaucoup moins volumineuse.

Par hémisection utérine, on procède à la castration utéro-ovarienne. Le rectum porte sur sa face antérieure une brèche lenticulaire. On procède à la suture du rectum après avivement. Drainage vaginal. Péritonisation. Drainage hypogastrique par un drain en caoutchouc.

Guérison, après une suppuration légère de la paroi.

OBSERVATION X.

Ouverture rectale.

(Service de M. le Professeur CHAVANNAZ. — Thèse d'Alexandre.)

M^{me} X..., 40 ans. Premières règles à 13 ans, régulières et indolores. Deux grossesses, l'une à 21 ans, l'autre à 24 ans. Accouchements normaux. Par deux fois, poussées de périméthro-salpingite. En février 1910, nouvelle inflammation peu intense. Le 23 mars, au cours de celle-ci, évacuation de pus par le rectum. L'examen

praticué les jours suivants révèle une double salpingite, surtout marquée à gauche.

Le 29 juin 1910, laparotomie médiane. Les annexes droites sont du volume d'une petite pomme; elles sont suppurées. Les annexes gauches sont du volume d'une orange et donnent, par ponction, un pus, de couleur brun verdâtre, et d'odeur très fétide.

Par hémisection, castration utéro-ovarienne. La trompe gauche communique avec le rectum par une petite ouverture; trois points de suture la ferment. Drainage vaginal; péritonisation. Drainage hypogastrique par un drain en caoutchouc.

Guérison après légère suppuration de la paroi.

OBSERVATION XI.

Ouvertures prévésicale et ombilicale.

(VIANXAY, *Loire médicale*, 1910, page 495.)

B. M..., 24 ans, après un accouchement laborieux, quand elle voulut se lever, sentit dans la fosse iliaque droite un point de côté violent, qui marqua le début d'une salpingo-ovarite suppurée pour laquelle on pratiqua plus tard une colpotomie. Au premier retour des règles, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque, avec pertes purulentes. Plus récemment, troubles vésicaux intenses : pollakiurie, douleurs vives à la miction, urines purulentes. Peu à peu, se forme autour de l'ombilic une collection purulente qui s'ouvre spontanément et reste fistuleuse. A son entrée à l'hôpital, en août 1910, température vespérale de 38° 4; abondante suppuration; induration profonde du cul-de-sac vaginal droit. Le 2 août, on procède à l'intervention : on trouve un trajet fistuleux, sur la ligne médiane, derrière le plan musculo-aponévrotique et dont la paroi profonde est formée par le péritoine pariétal antérieur, à peine épaissi. Ce trajet part de l'ombilic et aboutit à une collection purulente prévésicale et dépendant des annexes droites. Drainage abdomino-vaginal.

Guérison.

CONCLUSIONS

Nous terminerons ces brèves réflexions en constatant que la rupture spontanée des pyosalpinx est un accident aujourd'hui relativement rare. Dans un travail paru en 1910, Goth a examiné 700 cas de tumeurs annexielles inflammatoires, observés pendant seize ans, à la clinique de V. Szabo, à Kolosvar (Hongrie). 5 fois seulement, il a constaté la perforation spontanée des collections tubaires, ce qui donne une proportion de 7,1 %.

I. — L'ouverture la plus fréquente est l'ouverture rectale.

— Le pyosalpinx ouvert dans le rectum est d'un diagnostic aisé; mais le chirurgien devra surtout s'attacher à faire le diagnostic de « menace d'ouverture ».

— Il guérit rarement d'une façon spontanée.

— Lorsque la guérison ne s'effectue pas, c'est une affection d'un pronostic assez grave, puisque nous avons montré qu'en outre de l'infection de l'intestin par le pus salpingien, il faut encore envisager l'infection de la poche tubaire par le contenu intestinal.

— L'intervention chirurgicale s'impose :

a) Si on a fait un diagnostic exact avant l'ouverture, on pratiquera d'urgence la colpotomie.

b) Si on se trouve en présence d'un pyosalpinx ouvert, il faudra rejeter tous les modes d'intervention autrefois pratiqués, tels que ponction de l'abcès, incision, salpingostomie, salpingectomie, parce qu'ils sont notoirement insuffisants.

Depuis la communication de M. le Professeur Chavannaz au Congrès de Chirurgie de Paris (novembre 1910), l'hystérectomie abdominale subtotale, soit par le procédé de A.-H. Kelly (de Baltimore), soit par le procédé de J.-L. Faure, est devenu le procédé de choix.

— Au point de vue opératoire, la tendance actuelle est de ne pas suturer la perforation rectale et de laisser un fragment de la poche tubaire en contact avec la tunique rectale.

II. — Plus dramatique et de pronostic plus sombre, mais moins fréquente : telle est la rupture péritonéale.

— Son diagnostic est difficile; de nombreuses erreurs ont été commises.

— Son pronostic est d'une gravité exceptionnelle, surtout lié à la précocité de l'intervention.

— L'intervention doit s'adresser à la cause et être peu traumatisante; aussi la préférence des auteurs va-t-elle à la castration uni- ou bi-latérale avec conservation de l'utérus.

III. — L'ouverture vésicale est relativement rare; toujours spontanée.

— Son diagnostic est difficile, parce que d'autres organes présentant des lésions suppuratives peuvent aussi s'ouvrir dans la vessie.

— Elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée. C'est plutôt un « abcès aggravé » qui se termine le plus souvent par la mort si on n'intervient pas.

— L'intervention se fera par la voie abdominale, et consistera dans la majorité des cas dans une castration subtotale ou totale. On fera abstraction, au point de vue opératoire de la communication tubo-vésicale; on agira comme si elle n'existait pas; ce n'est qu'après la castration qu'on se rendra compte de son état.

— Si la malade présente un état général déplorable, on appliquera le traitement palliatif préconisé par MM. le Professeur Duvergey et le docteur Dax (instillations intratubaires transvésicales de nitrate d'argent).

IV. — Les autres ruptures spontanées des pyosalpinx sont beaucoup moins fréquentes.

L'ouverture vaginale est surtout d'ordre chirurgical.

L'ouverture dans le tissu cellulaire des ligaments larges; dans le tissu cellulaire prévésical antérieur; dans le tissu cellulaire prévésical — espace de Retzius — (*Observation XI*); à la paroi (*Observation I*); à l'ombilic (*Observation XI*), s'observe quelquefois. Enfin une ouverture dans l'urèthre et une ouverture dans l'uretère ont été citées respectivement par Delbet et par Wylie.

Disons, en concluant que le progrès de l'investigation gynécologique, la perfection toujours plus grande des procédés opératoires ont permis aujourd'hui de diagnostiquer précocement et d'opérer le pyosalpinx avec sûreté et avant toute menace d'ouverture spontanée.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Vu, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 14 décembre 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDRE. — Du pyosalpinx spontanément ouvert dans le rectum. Thèse de Bordeaux, 1910.
- ARNAUD. — Du traitement des péritonites diffuses aiguës. Thèse de Lyon, juillet 1911.
- AUVRAY (M.). — A propos de trois observations de salpingites suppurées ouvertes dans la vessie (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 1914, t. II, p. 193-228).
- BARDET. — Abscès des trompes utérines. Thèse de Paris, 1883.
- BAUDRON. — De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions bilatérales des annexes de l'utérus. Thèse de Paris, 1894.
- BAZY. — Abscès pelviens ouverts dans la vessie (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, p. 1509).
- BEUTTER. — Abscès pelviens ouverts dans la vessie (*Archives générales de Médecine*, 1905, p. 590).
- BERNUTZ. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes.
- BOLDT. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1889, v. XXII, n° 3.
- BONIFIELD. — Tubal abscess. (*Am. Journ. of Obst.*, 1894, p. 109 à 111).
- BONNET et PETIT. — *Traité pratique de Gynécologie*.
- BONNEY. — *Surg., Gyn. and Obst.*, nov. 1909, t. IX, n° 5, p. 542.
- BOUILLY. — *Semaine gynécologique*, 1896, p. 263.
- BRICKNER. — La rupture des pyosalpinx n'est pas un accident rare (*Am. Journ. of Obst.*, mars 1913, LXVII, n° 5, p. 995).
- BRICKNER. — Péritonite diffuse par rupture spontanée de pyosalpinx (*Surg., Gyn. and Obst.*, mai 1912, XIV, n° 5, p. 474).
- BRIN. — *Archives médicales d'Angers*, 1900, p. 4.
- CATHELIN. — *Journal des Praticiens*, 12 novembre 1904,

- CHALIER (A.) et VERGNORY (M.). — A propos du traitement des pyosalpinx spontanément ouverts dans le rectum (*Gyn. et Obst.*, Paris 1923, t. VII, p. 294 à 300).
- CHARRIER (P.-R.). — Remarques pour servir à l'histoire du pyosalpinx (*Gaz. méd.*, Paris 1892, t. I, pp. 205, 217, 253, 281, 294, 305).
- CHAVANNAZ. — Rapport au Congrès de chirurgie de 1910.
- CHAVANNAZ. — *Annales des maladies des organes génito urinaires*, 1897-1898.
- CHAVANNAZ. — Traitement chirurgical des salpingites suppurées ouvertes dans le rectum (*Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obst. et de Pédiatrie*, Paris 1910).
- CHEVASSU. — Péritonite généralisée par rupture d'abcès salpingien (*Soc. Anat. de Paris*, janvier 1910, p. 79).
- CORNIL et TERRILLON. — Anatomie et physiologie pathologique de la salpingite et de l'ovarite (*Archives de Physiologie*, novembre 1887).
- CONSTANTINI. — Rupture de pyosalpinx dans le péritoine; péritonite suraiguë; mort (Société anatomique de Paris, 7 novembre 1913).
- COTTE et CHALIER. — Cinq cas de péritonite aiguë par rupture de pyosalpinx (*Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1907, t. XI, p. 579).
- COTHILLON. — Quelques remarques sur un pyosalpinx ouvert dans vessie. Thèse de Paris, 1920.
- CULLINGWORTH (C.-J.). — Two cases of pyosalpinx.
- DELBET (Paul). — Traité des suppurations pelviennes chez la femme.
- DELAGENIÈRE. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1894 et 1895.
- DUVERGEY et DAX. — Salpingographie d'un pyosalpinx fistulisé dans la vessie. Instillations intratubulaires, transcervicales de nitrate d'argent (*Journal d'Urologie et Chirurgie*, Paris, 1922, t. XIX, pp. 629 et 632).
- DUVERGEY. — Sur un cas d'ouverture spontanée d'un pyosalpinx dans la vessie (*Société française d'Urologie*, 15 novembre 1922).

- DUVERGEY et DAX. — Rapport à la Société anatomo-clinique de Bordeaux, 5 février 1923.
- FAUVERGHE. — Sur un cas de pyosalpinx ouvert dans la vessie. Thèse de Lille, 1902.
- FABRICIUS (J.). — Perforation einer pyosalpinx (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 1917, t. XXX, p. 1118).
- FAURE (J.-L.). — Leçon d'ouverture, 18 novembre 1919 (*Presse médicale*).
- FORGUE et MASSABUAT. — *Traité de Gynécologie*.
- GAYET. — Salpingite tuberculeuse ouverte dans la vessie (*Lyon chirurgical*, 1922, t. XIX, pp. 629 et 632).
- GAYET. — Pyosalpinx fistulisé dans la vessie (*Lyon chirurgical*, 1923, t. XX, pp. 267 à 269).
- GONSOLIN. — Contribution à l'étude des péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx. Thèse de Lyon, octobre 1908.
- GUYON. — Leçons de clinique sur les maladies des voies urinaires.
- HARTMANN (H.). — Congrès de Chirurgie, Paris 1911.
- HOWARD KELLY. — Congrès de Gynécologie de Genève, 1896.
- HUET. — Rupture et perforation de pyosalpinx en péritoine libre (*Journal de chirurgie de Paris*, 1924, t. XXIII, pp. 123 à 136).
- HULEUX. — Société anatomique de Paris, 1907.
- KRIEN. — De la rupture spontanée des salpingites purulentes simulant l'hématocèle. Thèse de Paris, 1898.
- LABBADIÉ, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de Gynécologie*.
- LAMOUREUX. — Les péritonites diffuses par rupture de pyosalpinx (*Arch. gén. de Chirurgie*, 25 septembre 1912, t. VI, n° 9, et *Arch. générales de Chirurgie*, 1910). *médicale*, 12 avril 1911).
- LECÈNE. — *Journal de Chirurgie*, Paris, 1911, t. VII, p. 369).
- LEGUEU. — *Presse médicale*, 1900, n° 2, p. 195.
- LEJARS. — Salpingites perforantes (*C. R. de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, février 1905, p. 22).

- LEJARS. — Ruptures et perforations pyosalpingiennes (*Semaine médicale*, 12 avril 1911).
- LAWSON-TAIT. — *Traité des maladies des ovaires* (traduction française, 1886).
- MACQUART-MOULIN. — Des méthodes de traitement chirurgical des suppurations pelviennes.
- MACARRY. — Contribution à l'étude de la rupture des pyosalpinx. Thèse de Montpellier, 1914.
- MULLER et PETITJEAN. — Pyosalpinx ouvert dans la vessie, durant dix ans (*Gazette des hôpitaux*, 1910).
- PERRIMOND. — Abscès pelviens spontanément ouverts dans la vessie. Thèse de Lyon, 1897.
- PICQUÉ. — *Bulletin de la Société de Gynécologie*, 1896.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- POZZI. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1886, 1895, 1896.
- QUÉNU. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1892 et 1893.
- ROCHET. — Rupture spontanée d'un pyosalpinx. Mort (*Journal d'Accouchements de Liège*, 1892, t. XIII, p. 195 à 197).
- ROUX (C.). — In das Rektum perforierte besonders tuberkulöse Pyosalpinx (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1912).
- SARTORIUS. — Über die operative Behandlung der perforierten Pyosalpinx (Inaug. Dissent., Strasbourg, 1896).
- SEGOND. — *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus, t. VIII, p. 224.
- SICHEL. — Du pyosalpinx rompu (Ac. de méd. de New-York, mars 1910).
- TERRILLON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891.
- TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine*.
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'Anatomie topographique*.
- VERJUS. — Abscès des annexes de l'utérus. Thèse de Paris, 1874.
- VIOLET et CHALIER. — De l'ouverture spontanée dans la vessie des pyosalpinx tuberculeux (*Revue Gyn. et Chir. abd.*, janvier 1909).

